**投薬依頼書**

福井県立清水特別支援学校

|  |  |
| --- | --- |
| 児童生徒氏名 | 　　　　　学部　　　　年　　氏名 |
| 保 護 者 名 |  |
| 主 治 医 | 　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　医師 |
| 傷病名（症状など） |  |
| 投 薬 期 間 | 　　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日※薬剤はその日の分をお預かりします。 |
| 薬 剤 名※市販薬はお預かりできません。ただし、ぬり薬は可。 | ※薬剤名がわかれば薬剤名を御記入ください。 | 薬の形状 | 粉薬・顆粒錠剤・カプセル水薬・シロップぬり薬 | 吸入薬坐薬貼付薬点眼薬 |
| その他（　　　　　　　　） |
| 投 薬 方 法 | 例：３種類を水１０ｃｃに混ぜる、１粒ずつ水で飲ませる、両眼に３滴ずつ入れるなど |
| 投 薬 時 間 | 朝　　　　昼食前　　　昼食後その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保 管 方 法 | 室温　　　冷蔵庫　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の注意事項 |  |

※「投薬依頼書」は、薬の受け渡しと同時に提出してください。

※ 投薬後は、その都度連絡帳などでお知らせします。